

УДК 616.12-008.331.1

С.О. ЖЕКЕМБАЕВА

Карагандинский государственный медицинский университет г. Караганда, Казахстан

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

С широкой распространенностью артериальной гипертензии связано большое число случаев фибрилляции предсердий.

Фибрилляция предсердий увеличивает риск сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В настоящее время недостаточно данных об оптимальных методах лечения пациентов с артериальной гипертензией, имеющих пароксизмальную форму фибрилляции предсердий.

Оценивалась профилактическая эффективность антигипертензивной терапии (блокраном и биспрололом) на возникновение фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией. Продолжительное антигипертензивное лечение артериальной гипертензии, сочетающейся с фибрилляцией предсердий, способствует регрессу структурных изменений миокарда и профилактике развития фибрилляции предсердий.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, суточное мониторирование артериального давления, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, блокран, биспролол.

**Ф**ибрилляция предсердий является наиболее распространенным нарушением ритма сердца, встречающимся в клинической практике. В связи с широкой распространенностью артериальной гипертензии с ней связано большинство случаев фибрилляции предсердий.

С течением времени представления о структуре этиологических факторов возникновения фибрилляции предсердий претерпели существенные изменения. Наиболее частым независимым и видоизменяемым фактором риска фибрилляции предсердий является артериальная гипертензия.

Длительно текущая артериальная гипертензия приводит к гипертрофии левого желудочка. Изменения давления наполнения левого желудочка, его гипертрофия приводят к диастолической дисфункции и ремоделированию левого предсердия. В последующем развиваются дилатация левого предсердия и фиброзирование. Такие изменения в левом предсердии лежат в основе риска возникновения фибрилляции предсердий [1, 2].

Однако недостаточно данных об оптимальных методах лечения больных артериальной гипертензией, имеющих пароксизмальную форму фибрилляции предсердий или риск её возникновения [3].

В то же время не производилась оценка профилактического воздействия антигипертензивной терапии на возникновение фибрилляции предсердий у больных с сочетанием артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий [4].

Цель исследования – изучение профилактической эффективности антигипертензивной терапии на возникновение фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией.

### Материал и методы

Основу наших наблюдений составили данные клинического и лабораторно-инструментального исследования 104 больных, из них 66 больных с документированным пароксизмом фибрилляции предсердий и артериальной гипертензией II, III степени и 48 пациентов с артериальной гипертензией II, III степени с отсутствием анамнестического указания на фибрилляцию предсердий, группа сравнения. Из общего количества обследованных больных мужчины составили 64 (61,5%), женщины 40 (38,5%). Возраст больных колебался от 44 до 76 лет. Давность аритмического анамнеза составила от 0,5 до 2 лет. Пароксизмы фибрилляции предсердий рецидивировали не чаще 1 раза в 3 месяца и протекали

с выраженной клинической симптоматикой. Общеклиническое обследование больных включало физикальные методы: сбор анамнеза, осмотр, пальпация и аускультация, измерение роста и веса. Проводилось измерение артериального давления методом Короткова, среднее артериальное давление рассчитывалось по формуле Хикэма:  $AD_{cp} = ДАД + (САД - ДАД) / 3$  [Roger G., 2000]. Запись электрокардиограммы (ЭКГ) по стандартной методике на 6-канальных электрокардиографах проводилась всем пациентам при включении в исследование и динамике антигипертензивной и антиаритмической терапии. На ЭКГ за изменение ST принимали смещение точки J на 1 мм в отведениях  $V_5 - V_6$ , где выявляются максимальные сдвиги ST, связанные с нарушением реполяризации при гипертрофии левого желудочка. Наличие гипертрофии левого желудочка устанавливали при обнаружении хотя бы одного из двух наиболее информативных вольтажных критериев гипертрофии, суммарного показателя Соколова – Лайона (для лиц старше 40 лет – более 35 мм) и вольтажного Корнельского критерия (для женщин – более 20 мм, для мужчин – более 28 мм). Исходно после восстановления синусового ритма и через 12 месяцев наблюдения всем пациентам проводилось Холтеровское мониторирование электрокардиограммы с помощью системы ДК-01 («СЭМ», Россия) [5]. Суточное мониторирование артериального давления было проведено всем пациентам при включении в исследование и после его завершения с использованием прибора BP hab Мн СДП-2 («Петр Телегин», Россия). Показатели артериального давления измерялись в дневное время (бодрствование) каждые 15 минут, в ночное время (сон) – каждые 30 минут. На основании полученных данных производился расчет средних величин дневного, ночного и среднесуточного систолического и диастолического артериального давления. Эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате «ALOKASSD» с датчиком 3,5 МГц в двухмерном и М-модальном режиме. При этом определялись размеры камер сердца, оценивалось состояние клапанного аппарата, внутрисердечных структур, показатели гемодинамики, сократительной способности миокарда. Исследуемым пациентам проводилось определение уровня гормонов (трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона) и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

Пациентам выдавался дневник самоконтроля, который необходимо было заполнять ежедневно. В дневник вносили показатели артериального давления, частоту

сердечных сокращений и регистрировали возникновение симптомов, сопровождающих пароксизм фибрилляции предсердий, включая подсчет частоты сердечных сокращений во время тахикардии.

Критериями исключения из исследования являлись: ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность III-IV функциональный класс (по NYHA), пороки сердца, нарушения проводимости, заболевания щитовидной железы и диагностированные, по результатам Холтеровского мониторирования, электрокардиограммы (ХМЭКГ), асимптомные пароксизмы фибрилляции предсердий.

Все пациенты с артериальной гипертензией с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий были распределены на следующие группы, в зависимости от метода лечения:

– I группа – 34 больных с артериальной гипертензией II, III степени с пароксизмами фибрилляции предсердий, получавших антигипертензивный препарат блоктран 50-100 мг 1 раз в сутки.

– II группа – 32 пациента с артериальной гипертензией II, III степени с пароксизмами фибрилляции предсердий, принимавших с целью контроля артериального давления бисопролол 10-15 мг 1 раз в сутки. Большинство пациентов имели длительный анамнез артериальной гипертензии. Анализ причин неадекватного контроля артериального давления показал, что 55,6% пациентов не принимали назначенные антигипертензивные препараты, 44,4% использовали их нерегулярно. Общая продолжительность активного периода исследования составила 12 месяцев. Исследуемые группы были сопоставимы по половозрастным характеристикам. Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием программы «Statistica»-version 6,0 на компьютере, текстовый редактор Microsoft Word. Для определения достоверности различий между средними значениями сравниваемых параметров использовали критерий Стьюдента.

Нами наблюдаемые пациенты с целью профилактики тромбообразования принимали ацетилсалициловую кислоту – 300 мг в сутки.

Итак, при лечении больных с пароксизмом фибрилляции предсердий ассоциированной артериальной гипертензией с использованием аспирина тромбоэмболических осложнений не наблюдали.

Решено с помощью фармакологической кардиоверсии восстановить синусовый ритм [6]. Для устранения пароксизма фибрилляции предсердий больным назначали амиодарон в дозе 450 мг, примерно 6 мг/кг массы тела, внутривенно капельно. Успешное устранение пароксизмов фибрилляции предсердий удавалось в 94% случаев. Однако восстановление синусового ритма удавалось у 6% больных, при повторных вливаниях амиодарона в той же дозе в течение 48 часов.

### Результаты и обсуждение

Результаты сравнительного анализа изменений уровня артериального давления свидетельствовали об одинаковой эффективности антигипертензивной терапии, проведенной в каждой из групп. К 12-му месяцу исследования целевой уровень артериального давления был достигнут у большинства больных групп блоктран и бисопролол (97% и 81,2%, соответственно). По данным суточного мониторирования артериального давления, через 12 месяцев наблюдалось высокодостоверное снижение систолического и диастолического артериального давления в дневное и ночное время в обеих группах пациентов. Показатели, отражающие суточный ритм и утреннюю динамику артериального давления, достоверно не изменились.

Антигипертензивный эффект терапии у пациентов, принимающих блоктран, сохранялся на протяжении 12-ти месяцев. Оптимальными показателями артериального давления закончили участие в исследовании 33 (97%) пациента. Так и во второй группе достижение целевого уровня артериального давления и сохранение в течение 12-ти месяцев составило 81,2% (у 26 больных). При сравнительной оценке антигипертензивной эффективности терапии блоктраном и бисопрололом у пациентов с сочетанием пароксизмальной фибрилляции предсердий и артериальной гипертензии терапия блоктраном оказалась эффективнее.

В проведенном ЭхоКГ-исследовании было продемонстрировано уменьшение толщины межжелудочковой перегородки с  $11,2 \pm 1,96$  мм до  $10,3 \pm 2,30$  мм ( $p < 0,05$ ) и задней стенки левого желудочка с  $12,0 \pm 1,03$  мм до  $11,1 \pm 0,91$  мм ( $p < 0,05$ ) через 12 месяцев терапии блоктраном в I группе пациентов. В группе больных при лечении бисопрололом произошло уменьшение толщины межжелудочковой перегородки с  $11,3 \pm 1,01$  мм до  $11,0 \pm 0,89$  мм ( $p > 0,05$ ) и задней стенки левого желудочка с  $11,9 \pm 1,04$  мм до  $11,2 \pm 0,92$  мм ( $p > 0,05$ ) через 12 месяцев проводимой терапии. После завершения наблюдения у 30 (88,3%) пациентов, принимавших блоктран, размер левого предсердия уменьшился с  $42,1 \pm 8,9$  мм до  $35,3 \pm 7,4$  мм ( $p < 0,05$ ). В группе получавших бисопролол только у 15 (46,8%) пациентов наблюдалось статистически достоверное уменьшение размеров левого предсердия. Итак, к концу 12-го месяца лечения в группе блоктран отмечена тенденция к ремоделированию полости левого предсердия, уменьшению гипертрофии левого желудочка, улучшению систолической и диастолической функций левого желудочка. Сравнительный анализ динамики структурно-функциональных показателей миокарда в процессе лечения выявил, что к окончанию курса процессы обратного ремоделирования камер сердца в группе пациентов, принимавших бисопролол, было несколько ниже, несмотря на одинаковую степень снижения артериального давления в этих группах.

Данные научной литературы свидетельствуют, что дилатация левого предсердия у больных артериальной гипертензией предшествует развитию гипертрофии левого желудочка и является предиктором фибрилляции предсердий. Поэтому значительное уменьшение размера левого предсердия у пациентов, принимающих блоктран и бисопролол, можно расценивать как положительный эффект и важный прогностический момент в профилактике рецидивирования пароксизмов фибрилляции предсердий.

Таким образом, можно сказать, что проводимая терапия блоктраном у больных с пароксизмом фибрилляции предсердий и наличием артериальной гипертензии позволяет более эффективно контролировать артериальное давление и способствует процессам обратного ремоделирования камер сердца.

У всех включенных в исследования больных артериальной гипертензией клинических признаков ишемической болезни сердца не наблюдали.

За период наблюдения у этих пациентов на ЭКГ не были зарегистрированы фибрилляции предсердий. К 12-му месяцу исследования из 32 пациентов с артериальной гипертензией с пароксизмом фибрилляции предсердий, принимавших бисопролол, у 10 (31%) больных на ЭКГ покоя выявлены вольтажные критерии гипертрофии левого желудочка. Изменения конечной части желудочкового комплекса в группе, получавшей блоктран, встречались ещё реже – только у 2 (59%) больных на ЭКГ выявлены вольтажные признаки гипертрофии левого желудочка.

Итак, полученные данные подтверждают, что имеются взаимосвязи регресса гипертрофии левого желудочка и антиаритмического эффекта гипотензивной терапии.

По результатам холтеровского суточного мониторинга ЭКГ после восстановления синусового ритма через 12 месяцев приема антигипертензивных препаратов позволило выявить следующие данные. В I группе не было выявлено нарушений синусового ритма, способных спровоцировать в дальнейшем фибрилляцию предсердий: групповая экстрасистолия, короткие эпизоды фибрилляции предсердий. Во II группе на фоне проводимой терапии бисопрололом пароксизм фибрилляции предсердий рецидивировал у 3 (9,3%) больных. Синусовый ритм восстановлен медикаментозно. Достижение целевых цифр артериального давления привело к значительному снижению частоты пароксизмов фибрилляции предсердий в обеих группах. Это имеет большое значение, поскольку артериальная гипертензия является одним из основных этиологических факторов развития пароксизмов фибрилляции предсердий, провоцирующих его рецидивирование. Контроль артериального давления у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий имеет не меньшее значение, чем непосредственное применение антиаритмических лекарственных средств. Антигипертензивная терапия препаратом блоктран к 12-му месяцу наблюдения продемонстрировала более устойчивый противорецидивный эффект у пациентов пароксизмом фибрилляции предсердий. Эти различия, возможно, связаны со специфической блокадой ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, обеспечивающей процессы обратного структурно-функционального ремоделирования предсердий, играющего основную роль в патогенезе фибрилляции предсердий.

Таким образом, выявлено, что блоктран обладает существенной эффективностью и хорошей переносимостью при лечении артериальной гипертензии у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий. Профилактическая эффективность блоктрана сопровождалась достоверным купированием пароксизмов фибрилляции предсердий.

## Выводы

1. Проводимая терапия бисопрололом у пациентов с пароксизмом фибрилляции предсердий на фоне артериальной гипертензии позволяет эффективно контролировать артериальное давление и снизить пароксизмы фибрилляции предсердий.

2. Применение препарата блоктран способствовало достижению целевого уровня артериального давления путем подавления активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Блокада РААС обеспечила обратное развитие структурно-функционального ремоделирования предсердий, в последующем снижение риска развития пароксизмов фибрилляции предсердий, обусловленной артериальной гипертензией.

3. В ходе исследования полученные результаты показали, что блоктран и бисопролол одинаково эффективно снижают артериальное давление. При этом, несмотря на сходный антигипертензивный эффект, терапия блоктраном оказала устойчивую активность в профилактике развития фибрилляции предсердий.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Филенко С.А., Хирманов В.Н., Нестеров В.П. Новые подходы к подбору противорецидивной терапии пароксизмальной фибрилляции предсердий у больных ишемической болезнью сердца // Вестник аритмологии. – 2002. – №29. – С. 28-36

2 Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // Кардиология. – 1998. – №3. – С. 49-51

3 Таджиева Н.И., Мазгула Е.П., Белов Б.С. Вариабельность ритма сердца у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий различной этиологии // Кардиология. – 2005. – №1. – С. 28-34

4 Минушкина Л.О. Бисопролол: возможности в лечении артериальной гипертонии // Кардиология. – 2012. – №6. – С. 80-85

5 Корнелюк И.В., Никитин Я.Г., Контюк Т.М. Холтеровское мониторирование у больных с пароксизмальной мерцательной аритмией // Вестник аритмологии. – 2002. – №4. – С. 48-51

6 Канорский С.Г. Современная медикаментозная терапия фибрилляции предсердий: выбор тактики, антиаритмических препаратов и схем лечения // Кардиология. – 2012. – №9. – С. 58-63

## ТҰЖЫРЫМ

### С.О. ЖЕКЕМБАЕВА

*Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қазақстан*

### ЖҮРЕК АЛДЫ ФИБРИЛЛЯЦИЯНЫҢ ТУЫНДАУЫН АЛДЫН АЛУДАҒЫ ГИПЕРТЕНЗИЯҒА ҚАРСЫ ТЕРАПИЯНЫҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ БАҒЫТЫ

**Зерттеудің мақсаты.** Артериялық гипертензиясы бар емделушілерде жүрек алды фибрилляцияның туындауына гипертензияға қарсы терапияның профилактикалық тиімділігін зерттеу.

**Материал және әдістері.** Зерттеуге II, III дәрежелі артериялық гипертензиясы және жүрек алды фибрилляциясының пароксизмі бар құжатталған 66 сырқаттанушы қосылған. Барлық емделушіге холтеровтық ЭКГ мониторингілеу жүргізілді. Артериялық қысымды тәуліктік мониторингілеуден алынған деректер негізінде артериялық қысым шамасы есептелген. Миокардтың құрылымдық-функционалдық көрсеткіштерінің динамикасы ЭхоКГ жүргізу арқылы бағаланды.

**Нәтижелері мен талқылаулары.** Гипертензияға қарсы препараттарды қабылдағаннан соң 12 айдан кейін жүргізілген холтеровтық тәуліктік ЭКГ мониторингі кезінде бисопрололды қабылдаған емделушілер тобының 3(9,3%)-да жүрек алды фибрилляция пароксизмінің жаңа жағдайлары тіркелген. Блоктран қабылдаған емделушілер терапиясының гипертензияға қарсы әсрі 12 ай ішінде сақталған. Артериялық қысымның мақсатты деңгейіне жеткен соң сырқаттанушының -33(97%) зерттеуге қатысуы аяқталды. Бисопрололмен емделген 2 топта артериялық қысымның мақсатты деңгейіне жету және оны 12 ай ішінде сақтау – 81,2% (26 емделушіде) құрады. Емделу барысындағы миокардтың құрылымдық-функционалдық көрсеткіштерінің динамикасын салыстырмалы талдауы көрсеткендей, курс аяқталған уақытта жүрек камераларын кері қайта үлгілеу үрдістері, екі топтағы артериялық қысымның бірдей төмендеу дәрежесіне қарамастан, бисопролол қабылдаған емделушілер тобында төмен болды.

**Қорытындылар.** Зерттеу барысында алынған нәтижелер көрсеткендей, блоктран және бисопролол артериялық қысымды бірдей тиімді төмендетеді. Сол уақытта, ұқсас гипертензияға қарсы әсеріне қарамастан, блоктранмен емделу терапиясы жүрек алды фибрилляциясының дамуын алдын алудағы тұрақты белсенділікті көрсетті.

**Негізгі сөздер:** артериялық гипертензия, жүрек алды фибрилляциясы, артериялық қысымды тәуліктік мониторингілеу, холтеровтық электрокардиограмма мониторингі, блоктран, бисопролол.

## SUMMARY

S.O. ZHEKSEMBAYEVA

Karaganda State Medical University, Kazakhstan

## PATHOGENETIC ORIENTATION OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN THE PREVENTION OF ATRIAL FIBRILLATION

**The aim of the investigation** was to study the prophylactic effects of antihypertensive therapy on atrial fibrillation in patients with arterial hypertension.

**Material and methods.** The study included 66 patients with documented paroxysmal atrial fibrillation and II, III degree arterial hypertension. All the patients underwent a Holter monitoring of ECG. Based on the data obtained in the 24-hour blood pressure monitoring, the calculation of arterial pressure was performed. The structural and functional myocardial alterations were assessed by echocardiography.

**Results and discussion.** During the Holter monitoring of ECG after 12 months of administering antihypertensive drugs, new cases of paroxysmal atrial fibrillation were recorded in 3 (9.3%) patients of the group treated with bisoprolol. The

antihypertensive effect of the therapy remained for 12 months in patients who received bloctran.

33 (97%) patients completed the study with the achievement of target arterial pressure. In group 2, treated with bisoprolol, the achievement and retention of target arterial pressure was 81.2% (in 26 patients). The comparative analysis of structural and functional myocardial alterations in the course of the treatment revealed that by the end of the course, the processes of reverse remodeling of the heart chambers, in the group of patients treated with bisoprolol were slightly lower despite the same degree of the decrease in the arterial pressure in both groups.

**Conclusions.** The study results showed that bisoprolol and bloctran are equally effective in lowering the arterial pressure. At that, despite the similar antihypertensive effect, the therapy with bloctran had a sustained activity in the prevention of atrial fibrillation.

**Key words:** arterial hypertension, atrial fibrillation, 24-hour blood pressure monitoring, Holter monitoring of electrocardiogram, bloctran, bisoprolol.

УДК 616.62-008.222-085-055.2-053.9

Г.Д. КОШКИМБАЕВА

Алматинский филиал ОО «Казахстанская ассоциация по половому и репродуктивному здоровью»,

Городская студенческая поликлиника, г. Алматы

## К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

По данным ВОЗ, в современном мире наблюдается прогрессирующее старение населения и, как следствие, рост гериатрических заболеваний. Особенно это актуально для женщин, так как они в среднем живут дольше мужчин. В данной статье автор раскрывает некоторые причины и возможности терапии такого симптома, как «недержание мочи». Данный симптом может появиться в любом возрасте, но усугубляется в пожилом. Он снижает качество жизни пациенток, вызывая психологический дискомфорт, а также может привести к развитию инфекционных заболеваний, вызывая выраженный психологический дискомфорт в климактерическом и предклимактерическом периоде. В статье автор представляет результаты успешной терапии симптома «недержание мочи» препаратом Витапрост форте, ректальные свечи.

**Ключевые слова:** недержание мочи, женщины пожилого возраста, климактерический и предклимактерический периоды, Витапрост форте.

Статистические данные ВОЗ констатируют, что в XXI веке ожидается и уже подтверждается «старение населения» и, в связи с этим, увеличение численности пожилых людей. При этом необходимо учесть увеличение количества женщин, живущих, в среднем на 8-10 и более лет дольше мужчин, что, несомненно, накладывает ответственность на государственные, социальные и медицинские учреждения, занимающиеся здоровьем пожилых людей. Особо стоит вопрос о настоятельной необходимости изучения физиологических и патологических процессов в организме женщины, в периоде перехода от зрелого возраста к старости. Врачи акушеры-гинекологи, к которым чаще всего в этом периоде обращаются женщины, не имеют, к сожалению, конкретных стандартных подходов к комплексному лечению «болезней старости». Геронтологическая и гериатрическая науки существуют как бы обособленно, и процесс интеграции между ними и акушерами-гинекологами не прослеживается.

В данной статье мы хотели бы остановиться на наиболее частом симптоме, оказывающем весьма вы-

раженный психологический дискомфорт в климаксе и постклимактерическом периоде – «недержание мочи». Данный симптом появляется во всех возрастных группах рожавших женщин, но усугубляется в пожилом возрасте и превращается в патологию как в раннем пожилом возрасте (65 до 74 лет), так и тем более позже. В.П. Сметник с соавторами [1] отмечает: «Встречается множество данных по эпидемиологии недержания мочи, однако, их сложно сравнивать из-за терминологических несоответствий, различия в выборках и протоколах исследований. Существуют различия из-за пола, возраста, этнической принадлежности». Однако, в повседневной современной жизни при наличии множества факторов риска по поводу этой патологии данный симптом встречается и у молодых женщин. В развитии недержания мочи могут играть роль инфекция, воспаление парауретральных желёз, авитаминоз, аллергия, психические заболевания, эстрогенный дефицит и т.д. Один из этих факторов или их комплекс могут привести к снижению эластичности мышц мочевого пузыря. Доказано, что у рожавших через естественные родовые пути, помимо растяжения и сни-